

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.I.S. "A. Della Lucia"
FELTRE**

OGGETTO: *Comunicazione assenza per malattia.*

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a T.I. o T.D.

COMUNICA

in applicazione dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007 e del D.L. 25/6/2008, n. 112 convertito in legge 6/8/2008, n. 133 e **successive modifiche ed integrazioni** che sarà **assente per malattia** dal _____ al _____ (gg. ____), come da allegato certificato medico, rilasciato dal Dott. _____ in data _____

ovvero

in quanto ricoverato/a presso _____, come da allegata certificazione.

Ai fini della visita medica di controllo, il/la sottoscritto/a dichiara che l'ULSS o ASL di competenza è la n. ____ di _____ e che sarà presente al sotto indicato **indirizzo**:
Località _____ Via _____ n. _____,
nelle fasce orarie dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00

Data

firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(dott. Ezio Busetto)